

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



434209
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414 2. Data de Emissão da Guia 10/3/12 3. Data de Autenticação 10/8/12 4. Tipo de Autorização AUTORIZADO 5. Número da Guia Principal 8116562 6. Data Validade da Guia 10/3/13

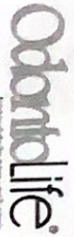
7. Nome do Beneficiário FLAVIO ANDRIOLI 8. Plano POS REDE PRESTADORA 9. Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 10. Data Validade da Guia 10/3/12 11. Nome do titular do plano PATRICIA GOLARTE FRATELI 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 14. Telefone 21/01978 15. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ 16. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ 17. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ 18. Número no CRO 137478 19. Número no CRO 137478 20. Código CBO S 21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 139161814611815101 22. Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ 23. Número no CRO 137478 24. UF SP 25. Código CNES 025 - 26. Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ 27. Número no CRO 137478 28. UF SP 29. Código CBO S 30. Franquia/Co-participação R\$ 39. Aut. 40. Data de Realização 41. Valor da Guia 42. Anotações

31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Rengão	34. Fator	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut.	40. Data de Realização	41. Valor da Guia	42. Anotações
1. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	13.5	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	
2. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	13.5	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	
3. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	13.5	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	
4. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	13.5	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	
5. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
6. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
7. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
8. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
9. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
10. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
11. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
12. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
13. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
14. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											
15. 0.0.1.8.4.0.0.0.1.9.8.											

43. Data Prevista Término do Tratamento 44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortopedia 4. Urologia/Enfermagem 45. Tipo de Faturamento 1. Total 2. Parcial 46. Total Quantidade US 14.00 47. Valor Total R\$ 10.00 48. Total Franquia / Co-participação R\$

49. Observação 50. Data local e Assinatura do Conselho Dentário 51. Data local e Assinatura do Conselho de Cirurgia Dentária 52. Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 53. Data local e Carimbo da Empresa



Indicador para este item

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



434208
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 400614	3 Data de Emissão da Guia 01/03/11 12/12/10	4 Data de Autuação 01/12/11 12/12/10	5 Série AUTORIZADO	6 Número da Guia Principal 8116561	7 Data Validação da Guia 01/03/10 03/12/11
---------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8 Nome do Beneficiário

9 Nome da Clínica

10 Empresa

11 Data Validação da Carteira

12 Número da Carteira Nacional de Saúde

13 Nome

14 Telefone

15 Nome do Profissional de Saúde

16 Nome do Profissional de Saúde

17 Nome do Profissional de Saúde

18 Número do CBO

19 UF

20 CBO

21 CBO

22 CBO

23 CBO

24 CBO

25 CBO

26 CBO

27 CBO

28 CBO

29 CBO

30 CBO

31 CBO

32 CBO

33 CBO

34 CBO

35 CBO

36 CBO

37 CBO

38 CBO

39 CBO

40 CBO

41 CBO

42 CBO

43 CBO

44 CBO

45 CBO

46 CBO

47 CBO

48 CBO

49 CBO

50 CBO

51 CBO

52 CBO

53 CBO

54 CBO

55 CBO

56 CBO

57 CBO

58 CBO

59 CBO

60 CBO

61 CBO

62 CBO

63 CBO

64 CBO

65 CBO

66 CBO

67 CBO

68 CBO

69 CBO

70 CBO

71 CBO

72 CBO

73 CBO

74 CBO

75 CBO

76 CBO

77 CBO

78 CBO

79 CBO

80 CBO

81 CBO

82 CBO

83 CBO



Integrando para uma vida melhor

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1. Registro AAS 408414	2. Data de Emissão da Guia 15/11/2012	3. Data de Autorização 15/11/2012	4. Autorizado AUTORIZADO	5. Sessão 8145178	6. Número da Guia Principal 8145178	7. Data Validade da Guia 15/10/13	8. Data Validade da Guia 15/10/13	9. Data Validade da Guia 15/10/13
---------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------	----------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

440782
INTERCÂMBIO

10. Número da Carteira 1010121025110510161010151718161012	11. Plano POS REDE PRESTADORA	12. Data de Realização 21/10/1978	13. Nome FLAVIO ANDRIOLI	14. Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	15. Nome do titular do plano PATRICIA GOLARTE FRATELI	16. Número do Cartão Nacional de Saúde
--	----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------	--	--	--

17. Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ	18. Número no CBO 137478	19. UF SP	20. Código CBO S 025 -					
21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 131916181614161181510	22. Nome do Contratado Excludente LARA SILVA MILANEZ	23. Número no CBO 137478	24. UF SP	25. Código CNES (I) 85100200	26. Nome do Profissional Excludente LARA SILVA MILANEZ	27. Número no CBO 137478	28. UF SP	29. Código CBO S

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Votino da Guia	42. Assinatura
1	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
2	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
3	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
4	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
5	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
6	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
7	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
8	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
9	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
10	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
11	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
12	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
13	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
14	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10
15	1001851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VD	1	6,110,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10

43. Data Previsto Término do Tratamento	44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Fraturamento	46. Total Quantidade US	47. Valor Total R\$	48. Total Franquia / Co-participação R\$	
15/11/2012	1. Tratamento Odontológico	2. Exame Radiológico	3. Ortopedia	4. Hipótese Embrionária	139131010	101010

49. Observação	50. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Autorizado	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53. Data, local e Contribuição da Empresa
Imagens anexadas.	Dr. Lara Silva Milanez	Dr. Lara Silva Milanez	Flavio Andrioli	